

温州市 2026 年度城乡居民基本医疗保险待遇简明表

名 称	住 院			门 诊		
	住院医疗统筹			大病保险	门诊医疗统筹	
起付标准 (个人自负)	基层医疗机构	二级及其他定点医疗机构	三级医疗机构	各级医疗机构	市内基层医疗机构	市内其他医疗机构
	300 元	400 元	700 元	25700 元	/	100 元
封顶线	医保合规费用最高限额 20 万元（含）			因慢病特病门诊及住院发生个人自付医疗费用，以及大病的药品、诊疗及医用耗材，起付标准以上至 385500 元（含）	医保合规费用最高限额 1500 元（含）	
医疗机构	基层医疗机构	二级及其他定点医疗机构	三级医疗机构	各级医疗机构	市内基层医疗机构	市内其他医疗机构、零售药店
报销比例	90%	80%	70%	70%	55% (慢性病 60%)	35% (二级定点医疗机构 高血压、糖尿病 50%)
特殊病种（自备案之日起享受住院待遇）： 1. 恶性肿瘤 2. 器官移植术后抗排异治疗 3. 尿毒症透析 4. 系统性红斑狼疮 5. 再生障碍性贫血 6. 血友病 7. 重性精神障碍 8. 糖尿病胰岛素治疗 9. 肺结核 10. 儿童孤独症 11. 癫痫 12. 慢性阻塞性肺疾病 13. 阿尔茨海默病 14. 失代偿期肝硬化 15. 脑瘫 16. 帕金森病				慢性病种（无需备案）： 1. 高血压 2. 糖尿病 3. 冠心病 4. 支气管哮喘 5. 慢性肾脏病 6. 慢性肝病 7. 类风湿关节炎 8. 高脂血症		
注： 1. 每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为城乡居民医保费用结算年度。 2. 年度内只设一次住院起付标准，年度内发生多次住院的，参保人起付段支付金额全年累计，起付段计付定额按其各次住院中所住医院级别最高的一次起付标准来确定。 3. 上述医疗费用指符合基本医疗保险有关规定的费用，不包括自费、自付等需要个人负担的费用，参保人员符合基本医疗保险范围的住院和特殊病种门诊医疗费用 2026 年度统筹基金医保合规费用最高额度为 20 万元。 4. 已办理转诊手续，市外住院（包括特殊病门诊）就医先行自付 10%；未办理转诊手续，自行到温州市外定点医疗机构（省内“一卡通”医疗机构除外）住院就医的，在参保地医保政策原支付比例基础上下降 20%。 5. 医疗救助人员大病保险起付标准为 12850 元，报销比例为 80%，不设封顶线。 6. 异地安置人员，在全国联网跨省异地定点医药机构刷卡结算的，其符合基本医疗保险规定范围的医疗费用原则上按就医地医保政策确定，起付标准、支付比例、最高限额按参保地政策执行。在备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，其发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，按转诊转院待遇。 7. 本表自 2026 年 1 月 1 日起开始执行，并根据医保政策调整适时更新。				注： 1. 城乡居民门诊不建个人帐户，参保人起付段支付金额全年累计，起付段计付定额按其各次门诊就医医院级别最高的一次起付标准来确定。 2. 城乡居民医保参保人员转诊或临时外出至温州市外就医发生的门诊医疗费用，城乡居民医保基金不予支付。 3. 表中所指医疗机构和零售药店是指纳入医保定点医疗机构协议管理的单位。 4. 0-6 岁（2025 年末未滿 7 周岁），普通门诊（不包括定点零售药店非处方药）：起付线下降为 0，基层比例 70%，二级 60%，三级和其他 50%，封顶线 10000。		